

QUISTE TIMICO MEDIASTINICO

R. CAMESELLE*, C. MARTINEZ VAZQUEZ, S. POMBO, B. VILLOCH,
J. QUINTANA, A. PENA y J. OLIVER**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Xeral. Vigo.

Los autores presentan un caso de quiste tímico en adulto. Comentan sus aspectos histológicos y clínicos para acabar recomendando como método diagnóstico y terapéutico la exéresis del mismo.

Arch Bronconeumol 1985; 21:140-141

Introducción

Los quistes tímicos como causa de tumoración mediastínica, son un hallazgo infrecuente. En una revisión de 1.064 tumores mediastínicos, realizada en la Clínica Mayo¹, en sólo 19 casos se realizó dicho diagnóstico. La reciente oportunidad de estudiar una tumoración mediastínica de este tipo, nos motiva a su publicación.

Observación clínica

Se trata de una mujer de 58 años de edad, sin antecedentes de interés, que presenta, desde 5 años antes, dolorimiento a nivel infraescapular derecho, con irradiación a axila homolateral, sin relación con los movimientos respiratorios, pero sí con el ejercicio. Ingresó por exacerbación de su sintomatología. No se recoge ningún otro dato de interés, siendo la exploración física absolutamente normal.

La analítica demuestra: VSG 19; leucocitos 8.000 con 49 % polinucleares, 42 % linfocitos, 4 % mononucleares y 5 % eosinófilos; hematies 4.920.000; Hb 14,9; VCM 87; CHCM 34. Las constantes de SMA-8, glucosa, urea, GOT, GPT, fosfatasa alcalina, pruebas de coagulación, proteinograma y sedimento urinario son normales.

La radiografía de tórax muestra una imagen nodular de 8 cm de diámetro aproximado, que borra la silueta cardíaca derecha, con densidad homogénea y calcificaciones periféricas (fig. 1). No se aprecia modificación con respecto a un control radiográfico practicado dos años antes.

La TAC de tórax, define dicha imagen como tumoración quística de contenido homogéneo con calcificaciones en su pared. Tras administración de contraste intravenoso no se aprecia variación alguna.

Se practicó toracotomía con exéresis de la tumoración. Esta, macroscópicamente, muestra una superficie externa abollonada de coloración blanquecino-parduzca. En cortes seriados, se observa una cavidad quística multicelular, de contenido amorfo, deleznable, pardo-amarillento y superficie interna deslustrada

Mediastinal thymic cyst

A thymic cyst in an adult is reported. The histological and clinical features are reviewed and exeresis of the cyst is recommended as the diagnostic and therapeutic method of choice.

e irregular. La pared es fibrosa, con abundantes calcificaciones. Dicha pared, microscópicamente corresponde a tejido fibroso escasamente celular, muy colagenizado e hialinizado, con calcificaciones, sin revestimiento epitelial. La superficie luminal está cubierta en su mayor parte por granulomas de colesterol y material necrótico. Periféricamente al quiste y firmemente adherido a su pared, se observan restos de tejido tímico atrófico con presencia de corpúsculos de Hassall. En múltiples cortes histológicos a diferentes niveles de la pieza, no se han encontrado estructuras neoplásicas (fig. 2).

El curso clínico de la paciente tras la intervención es satisfactorio.

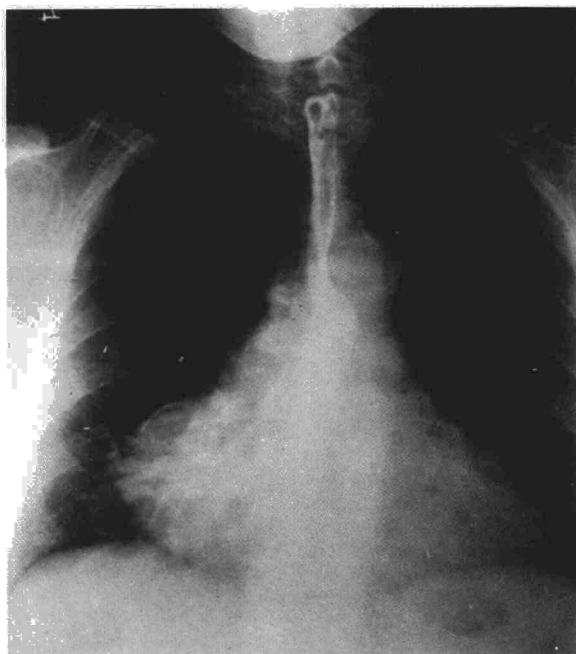


Fig. 1. RX de tórax con contraste de bario en esófago, en donde se aprecia imagen nodular paracardiaca derecha, con calcificaciones periféricas y densidad homogénea.

Recibido el 4-12-1984 y aceptado el 5-12-1985.

* Servicio de Cirugía General y Digestivo.

** Servicio de Anatomía Patológica.



Fig. 2. Pared del quiste con tejido tímico periférico. Obsérvese la presencia de un corpúsculo de Hassall (H). HE4.

Comentarios

Los quistes tímicos pueden clasificarse como: inflamatorios, neoplásicos y de origen congénito². Los caracteres histológicos, en el presente caso, nos llevan a catalogarlo dentro del último grupo.

El timo se origina en la faringe primitiva y en su desarrollo embriológico desciende hasta el interior del tórax. No es sorprendente por tanto, que los quistes tímicos congénitos puedan encontrarse desde el ángulo mandibular hasta el diafragma. Generalmente están revestidos por epitelio de tipo escamoso, aunque la ausencia del mismo, como ocurría en nuestro caso podría explicarse por el desarrollo de una hemorragia intraquistica masiva³.

Los pacientes con quistes tímicos mediastínicos pueden presentarse con variedad de síntomas: disfagia⁴, parálisis del nervio recurrente⁵, pericardi-

tis³, si bien, en la mayoría de las ocasiones, es un hallazgo casual de la radiografía de tórax³. Nuestra paciente debutó con dolor atípico torácico, como se ha señalado en otras ocasiones¹.

La edad en que se realizó el diagnóstico en este caso es inhabitual. La mayoría se diagnostican en edades inferiores a los 30 años⁵, si bien se han descrito también en edades superiores a la de nuestra paciente³.

Por último, queremos indicar que no existe ninguna prueba diagnóstica de este proceso, excepto el estudio histológico del mismo. Recientemente se ha descrito la transformación maligna de un quiste tímico⁶, en un paciente asintomático. Por estos motivos, al igual que otros autores⁷, consideremos que la pauta diagnóstica y terapéutica a seguir, es la exéresis del tumor.

BIBLIOGRAFIA

1. Wychulis AR, Payne WS, Clagett OT, Woolner LB. Surgical treatment of mediastinal tumors: a 40 years experience. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1971; 62:379-291.
2. Krech VG, Storey CF, Umiker WC. Thymic cysts: a review of the literature and report of two cases. *J Thorac Surg* 1954; 27:477-493.
3. Mc Cafferty MH, Bahnson HT. Thymic cyst extending into the pericardium: a case report and review of thymic cyst. *Ann Thorac Surg* 1982; 33:503-506.
4. Emmens RW, Whitten DM, Darling DM, Leape LL. Thymic cyst causing dysphagia: report of a case in a 4-year-old boy with chronic granulomatous disease. *Am J Dis Child* 1979; 133:219-220.
5. Bailey LL, Hilde RL, Smith TR, Thompson RJ. Cervico-mediastinal thymic cyst with vocal cord paralysis. *Cancer* 1977; 39:347-349.
6. Leong ASY, Brown JH. Malignant transformation in a thymic cyst. *Am J Surg Pathol* 1984; 8:471-475.
7. Case Record 47-1982. *N Eng J Med* 1982; 307:1391-1397.